

UNIVERSITE PARIS ~ VAL DE MARNE

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

36

ANNEE 1972

N°

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

AILLERIE - CERVO Marie-antoinette

NEE LE 20 JUIN 1939, à RIS - ORANGIS (91)

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 2 OCTOBRE 1972

ETUDE : PROBLEMES POSES PAR LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE
DES VISITES A DOMICILE

PRESIDENT : Monsieur le Professeur A. BOURGUIGNON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547106_0007

UNIVERSITE PARIS - VAL DE MARNE

FACULTE de MEDECINE de CRETEIL

ANNEE 1972

THESE

pour

LE DOCTORAT en MEDECINE

(diplôme d'Etat)

par

AILLERIE - CERVO Marie-Antoinette

née le 20 juin 1939 à Ris Orangis (91)

Interne des Hopitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

2 OCTOBRE 1972

PROBLEMES POSES PAR LA PRATIQUE

PSYCHIATRIQUE DES VISITES A DOMICILE

Président : Monsieur le Professeur

A. BOURGUIGNON



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A TOUS LES MIENS

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. BOURGUIGNON

qu'il trouve ici le témoignage de ma profonde gratitude pour son accueil dans un lieu de travail enrichissant par la liberté d'expression et les qualités de contact rencontrées.

A G. DIATKINE

A M. MILHAUD-BYDLOWSKI

qui m'ont encouragée dans le choix de cette thèse et aidée
de leurs conseils.

A mes Maîtres dans les hôpitaux

Externat

Monsieur le Professeur GAULTIER

Monsieur le Professeur LIEVRE

Monsieur le Professeur GARCIN

Monsieur le Professeur SIGUIER In Memoriam

Monsieur le Professeur MALLET

Internat

Monsieur le Docteur BONNETTE

Monsieur le Professeur HOUDART

Monsieur le Docteur RAVERDY

Monsieur le Professeur BUGÉ

Monsieur le Professeur BOURGUIGNON

"Comme tout devient concret dans le monde
d'une âme quand un objet, quand une simple
porte vient donner les images de l'hésitation,
de la tentation, du désir, de la sécurité,
du libre accueil, du respect !"

BACHELARD.

La Poétique de l'espace

I N T R O D U C T I O N

Il pourrait apparaître bien naïf de se demander pourquoi la visite au domicile du malade, couramment pratiquée par le médecin généraliste qui se rend chez son patient, de jour comme de nuit, chaque fois que sa présence est requise, est encore si controversée dans le domaine psychiatrique.

Lorsqu'on aborde la pratique psychiatrique, on peut s'étonner de constater que la relation psychiatre-malade ne s'établit bien souvent qu'au décours d'un long périple et loin du lieu même où l'angoisse a surgi.

Si l'on en vient depuis quelques années à valoriser ce lieu qu'est le domicile en tant que lieu thérapeutique, c'est au terme d'une longue démarche, qui a conduit le "patient désigné" de la famille à l'institution hospitalière et de l'institution hospitalière à l'institution familiale. C'est en effet à partir du moment où l'on a pris conscience que l'approche de la famille est indispensable à la compréhension et à l'amélioration du malade désigné qu'a pu être envisagée l'idée de soins à domicile.

Il reste que ce nouveau moyen d'abord psychiatrique qu'est la V. A. D. soulève bien des réticences et comporte certains dangers que nous tenterons de souligner avant d'envisager les divers problèmes que pose sa réalisation.

Nous étudierons successivement :

I - L'APPARITION DES V. A. D. DANS LA PRATIQUE
PSYCHIATRIQUE

II - LA SIGNIFICATION DU DOMICILE

- 1) Le domicile : lieu de protection et d'isolement
- 2) Le domicile : lieu de projection
- 3) Le domicile : lieu d'échanges
- 4) Le domicile : témoin de la continuité

III - LE DOMICILE : LIEU PRIVILEGIE DE LA RENCONTRE
SOIGNANTS-SOIGNES

- 1) La maladie mentale s'exprime différemment à
l'hôpital et à domicile
- 2) A domicile, la responsabilité familiale est
maintenue
- 3) La communication est meilleure
 - entre soignants et soignés
 - entre les membres de la famille
- 4) L'information est accrue
- 5) L'hospitalisation est évitée ou la durée est
raccourcie
- 6) Une continuité thérapeutique peut être assurée
- 7) Mais quels sont les dangers de ce pouvoir ?

IV - DE QUELQUES PROBLEMES SOULEVES PAR LA PRATIQUE DES
V. A. D.

- I) A propos d'un cas clinique
- 2) Comment se pose l'indication
- 3) Comment est vécue la V. A. D. par la famille
- 4) Comment est vécue la V. A. D. par l'équipe

V - CONCLUSION

L'APPARITION DES V. A. D.
DANS LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE

Pourquoi cette pratique des V. A. D. est-elle si récente ?

C'est d'abord dans l'histoire de la psychiatrie qu'une réponse peut-être cherchée ; encore, cette réponse sera-t-elle incomplète car, si le psychiatre parvient assez aisément maintenant à sortir de l'asile et se prodiguer dans tous les lieux de travail du secteur (dispensaires, centres d'hygiène mentale, hôpitaux de jour, et lieux divers d'accueil), il lui est beaucoup plus ardu de franchir le seuil du domicile de son patient. Nous verrons pourquoi en nous interrogeant sur la signification du domicile.

L'intérêt actuel de la psychiatrie pour le domicile est l'aboutissement de la conception désaliéniste dont nous reprendrons la définition par BONNAFE.

"En présence de la tendance à réagir au fait psychopathique, plus largement au déviant, par des conduites réjectives ou ségrégatives, le désaliéniste est celui qui, par un travail extensif dans les organes de la société qui ne sont pas sous sa propre responsabilité, contribue à réduire l'intolérance de la société à l'égard "du mauvais objet" qu'elle contient. Il tend donc à réduire la charge des institutions dont il a la responsabilité propre."

Ce retour au milieu propre du malade ne s'est

évidemment pas accompli en un jour. Il est le résultat d'un lent et sinueux cheminement de la notion de folie à travers les siècles.

Au Moyen Age et à la Renaissance, les insensés sont chassés hors de l'enceinte des villes, confiés à des pèlerins ou embarqués par des bateliers sur ces étranges nefs. Cette circulation des fous prend un double sens : d'efficacité pratique pour ceux qui excluent, de purification pour ces abandonnés confiés à leur destin.

Le grand Renfermement du XVIIème siècle -1656 est la date du décret de fondation à Paris de l'Hôpital Général - frappe les fous mais c'est en compagnie de tous ceux qu'une société mieux structurée ne peut tolérer : cette foule douteuse de soldats licenciés ou déserteurs, de paysans chassés de leurs terres, de chômeurs.

Solution tout à fait neuve : on substitue aux mesures d'exclusion purement négatives, une mesure d'enfermement. On prend le déviant en charge, aux frais de la nation, mais aux dépens de sa liberté individuelle. Entre lui et la société s'établit un système implicite d'obligations : il a droit à être nourri, mais il doit accepter le double rôle de contrainte morale et physique de l'internement. Dans ce grand rassemblement, le fou n'a pas de place spécifique, mais plus tard, lorsqu'il sera question de soins, il gardera

les stigmates de sa réclusion, et la démarche inverse allant de l'hôpital au milieu ambiant du malade ne se fera pas sans effroi ni recul.

La folie va devenir objet scientifique mais son étude ne peut se faire qu'entre les murs de l'asile, le principe rémanent étant l'isolement.

Isolement qui est conçu comme thérapeutique car "ces malades n'ont plus avec le monde extérieur que des rapports anormaux, par conséquent douloureux... il faut changer tout l'entourage et toute la manière de vivre de ces malades" (Esquirol).

Il n'est pas dans notre propos de nous attarder sur la trop lente éradication des conceptions asilaires, mais il nous faut reprendre avec HOCHMANN, les diverses raisons d'ordre théorique, économique et pratique qui permettent -deux siècles plus tard, il faut le dire- un retour thérapeutique dans le milieu naturel du malade mental. C'est que place est faite à la parole et au malade dans le groupe. Rappelons l'importance des travaux anglo-saxons dans ce domaine, pointant l'intérêt d'une compréhension de la psycho-dynamique familiale.

Tout individu dans une famille se situe à un noeud particulier du réseau des échanges. Il est déterminé par la tonalité particulière de ses relations à tous les autres

membres de la famille et aussi par le climat familial. Nous commençons à entrevoir avec les auteurs anglo-saxons par quelle perversion du système de communication intrafamiliale naît -peut-être- s'entretient -c'est certain- la parole folle. Le mal dont souffre la famille a d'une certaine manière sa base physio-pathologique dans la communication défectueuse, dans le dialogue perturbé du groupe. C'est à ce niveau qu'il nous faut intervenir.

Les raisons pratiques.

Il peut paraître superflu de dire que l'adaptation du malade à l'institution ne doit pas être considérée comme un critère de guérison, mais c'est peut-être un réflexe plus fréquent qu'on ne pense de la part du jeune psychiatre institutionnel.

Or un malade "guéri" au sein d'une institution très tolérante, rechute une fois sorti, car de retour dans sa famille, il retrouve ses difficultés et dans ce milieu moins tolérant, décompense à nouveau, ou bien l'équilibre se rompt en un autre point du cercle, et l'amélioration du malade entraîne la décompensation d'un autre membre de la famille.

Quant aux raisons économiques, elles ne sont pas négligeables. L'inflation de la demande par rapport aux moyens mis en place conduit à exploiter les potentialités

thérapeutiques du milieu familial.

Si le psychiatre sort donc plus aisément de l'asile, encore faut-il considérer -parmi tous les moyens extra-hospitaliers utilisés- pourquoi celui de la V. A. D. l'est-il plus timidement en dehors même de toutes les considérations administratives et financières freinant l'extension d'une psychiatrie sectorisée.

C'est une circulaire ministérielle du 15 mars 1960 qui vient officialiser en France la psychiatrie de secteur -déplacement du psychiatre de l'asile à la communauté sectorisée- mais il faut se demander, avec PAUMELLE, devant le nombre infime de réalisations qui ont suivi, s'il s'agit uniquement d'une impossibilité administrative à créer des institutions nouvelles ou -et- de l'absence d'initiatives de la majorité des psychiatres.

D'où viennent les résistances et de quelle nature sont-elles ?

C'est par "difficile mise au monde du psychiatre" que PAUMELLE désigne cette mutation profonde que le psychiatre doit accepter dans sa personne.

"Il doit faire une plongée dans la réalité sociale commune et dans celle particulière du patient. Nous ne sommes sans doute pas très conscients qu'il s'agit d'accepter

profondément l'abandon de situations protégées à l'intérieur desquelles nous avons trouvé la sécurité... Si cette nouvelle fonction du psychiatre sur un plan opérationnel consiste en un déplacement de l'équipe psychiatrique, si sur le plan des relations superficielles, elle appelle un personnage doté de qualités de contact, de disponibilité, qualités qui font un bon "public-relations", elle consiste surtout sur un plan plus profond, à accepter d'une manière permanente, plus continue, d'être présent au lieu de tension maxima entre le patient et son milieu. C'est une sorte d'aventure où l'on est en position de recevoir des coups des deux côtés".

Il suffit d'écouter même les plus enthousiastes :

"L'abandon de la blouse fut facile, moins facile celui du confort d'un bureau protégé".

"Au domicile, vos défenses sont moins solides. Je suis dans le territoire d'un autre. Quand un malade vient me voir au dispensaire, je peux contrôler la situation".

Il faut abandonner le confort d'un milieu institutionnel où le nombre, la différenciation des fonctions sont très sécurisants.

D'autres arguments paraissent plutôt du niveau des

rationalisations.

Certes, il est fatigant et ennuyeux de se déplacer, de tenter de se repérer dans les labyrinthes banlieusards, de grimper les étages des H. L. M. Ces arguments apparaissent valables pour le psychiatre installé de qui on ne peut décemment exiger cette somme de temps et d'énergie nécessaire à l'affrontement d'une situation d'urgence.

Encore que cette pratique apparaisse courante aux USA. Un questionnaire fut adressé par MICKLE en 1963 aux membres de la NORTHERN CALIFORNIA PSYCHIATRIC SOCIETY. 266 des 315 psychiatres interrogés étaient partisans des V. A. D. et en pratiquaient couramment. Tous étaient installés dans le privé.

Quant à l'argument financier, des statistiques anglo-saxonnes ont prouvé que les V. A. D. permettant d'éviter 75 % des admissions de courte durée et 33 % des admissions de longue durée, sont considérablement moins onéreuses pour la communauté.

En fait, en dehors des objections liées au difficile abandon par le psychiatre d'un certain confort physique et psychologique que lui offrent les murs d'une institution, il en est une, la plus difficile à vaincre, qui semble particulière à notre culture et qui

est liée à la façon dont est investi le domicile et au caractère très fermé de la cellule familiale.

La famille française est restreinte, réduite le plus souvent aux parents et enfants. Même entre collatéraux, on se voit peu, en dehors des repas de famille dominicaux. Les relations de voisinage sont ténues. Il suffit de s'aventurer quelque peu dans les pavillons de banlieue où les grands ensembles urbains, pour saisir combien est respectée la formule traditionnelle du "chacun chez soi".

Cette notion "sacrée" du domicile est si profondément ancrée que nul psychiatre faisant sa première visite ne peut s'empêcher de se vivre comme intrus avec toute l'angoisse paranoïde que cela déclanche.

Pénétrer dans ce monde clos sans y avoir été introduit représente ce que l'on nomme une violation de domicile, terme de viol qui s'applique, remarquons-le, aux violences faites à une femme ou à la profanation d'un objet sacré. Rappelons que dans le rêve, la maison est le symbole du corps féminin.

Comment est donc investi par chacun le domicile ?

LA SIGNIFICATION DU DOMICILE

A. MOLES se représente notre appropriation de l'espace selon un mouvement dialectique d'expansion et de repli sur soi-même. Nous nous construisons une série de coquilles dont la plus interne est matérialisée par les parois de l'appartement.

Au delà de ces parois tangibles, les limites sont élastiques et dépendantes de l'effort. Les diverses strates sont constituées par :

- Le quartier, domaine familial dont on n'est pas maître, mais où l'on se déplace spontanément, où l'on se sent en sécurité, sans imprévu.
- La ville, territoire de chasse qui implique l'utilisation de moyens de transport. Domaine neutre et anonyme, où l'on se perd, où l'on ne salue pas, où l'on est indépendant et libre.
- Au-delà, se situent l'espace des projets, la zone de voyage et d'exploration.

Mais revenons à cette coquille fondamentale qu'est le domicile. Quelles fonctions assure-t-il ? Quels besoins doit-il satisfaire ?

Pour MITSCHERLICH, la maison, l'appartement, "remplissent pour nous deux fonctions, une fonction biologique de protection et une fonction socioculturelle d'expression. Dans le territoire propre à chaque homme, les deux fonctions sont indissolubles".

Le domicile est un lieu de protection et d'isolement

Le domicile est la bulle d'intimité, l'espace vital, le domaine secret et réservé, nécessaires à tout individu.

La vie socio-professionnelle nous soumet à des impératifs de rythme, d'horaires, de déplacements, à des exigences de rendement, de discipline, de sociabilité, dont la pression -heureusement- cède quand on franchit le seuil de sa maison.

Les déplacements sont limités, sans effort appréciable. La spontanéité reprend le dessus, ce qui peut se traduire par un emploi du temps fantaisiste, un laisser-aller vestimentaire.

Rentrer dans sa coquille, c'est pouvoir régresser de façon salubre, se laisser aller à son besoin de solitude.

"Habiter seul, grand rêve. Ce rêve vient à tous, aux faibles, aux forts, dans les grandes tristesses de la vie, contre les injustices des hommes et du sort" (Bachelard).

Ce terme même de coquille, implique bien ces notions d'intimité restructurante, de retraite régénératrice car, dit Bachelard..." ce qui sort de la coquille contredit ce qui reste enfermé. Les plus dynamiques évasions se font à

à partir de l'être comprimé et non pas dans la molle paresse de l'être paresseux qui ne peut désirer qu'aller paresser ailleurs...".

Le domicile : lieu de projection

La maison, plus encore que le paysage est un état d'âme.

Il n'est que de rappeler combien le dessin de sa maison par un enfant est riche d'informations sur ses désirs, ses angoisses, son bien-être ou son malheur et est bien plus expressif que n'importe quel discours.

Le choix même du lieu se fait certes en fonction des possibilités de travail et de façon aussi proximale que possible de ce travail mais surtout en fonction du niveau socio-économique. En effet, on accorde souvent beaucoup plus d'importance à l'image sociale de son quartier qu'à sa valeur d'usage.

Cette valeur de témoignage de la qualité de l'insertion sociale nous est rappelée par toute la réprobation qu'on qu'entraînent la situation de "S. D. F.", la méfiance séculaire à l'égard des nomades, et dans une autre direction, par les sentiments mêlés qu'éveillent les expériences de vie communautaire synonymes pour certains d'anarchie et de perversion.

Récemment, à la demande d'une importante société de construction, une enquête psychosociologique menée à PARIS et dans la région parisienne a tenté de définir l'attitude du français à l'égard du logement et ce qu'il en attend. 90 % des gens interrogés estiment qu'il est urgent de former de meilleurs architectes qui penseront "des cadres et des immeubles où les gens vivront plus heureux". On souhaite des maisons de faible contenance et une multitude d'isoloirs.

Mais en attendant de pouvoir construire sa maison à cloisons réglables et repousser les murs au gré de sa fantaisie et de ses besoins, on tente de s'exprimer par le choix et la disposition des meubles, la place d'un objet.

J. BAUDRILLARD souligne la relation entre la configuration du mobilier et le type de structures familiales et sociales.

A l'intérieur bourgeois type, où les meubles, divers dans leur fonction mais fortement intégrés gravitent autour du buffet ou du lit du milieu, où il y a tendance à l'accumulation et à l'occupation de l'espace, à sa clôture, traduisant l'ordre patriarcal, il oppose le fonctionnalisme des intérieurs modernes, la relation plus libérale entre l'individu et les objets, plus souples dans leur usage, reflétant une plus grande disponibilité dans les relations

sociales.

Cette opposition est peut-être un peu abusive dans la mesure où le second exemple représente plus une vision optimiste de l'aménagement futur qu'une réalité d'aujourd'hui.

Les objets ont aussi, en dehors de leur fonction pratique, une fonction primordiale qui est de l'imaginaire. Nous sommes liés aux objets ambiants. Ils sont le reflet de toute une vision du monde et de nos relations libidinales. Non pas l'objet fonctionnel qui se réfère à l'actualité et s'épuise dans sa quotidienneté mais l'objet marginal, l'objet ancien qui, lui, a un statut particulier. L'objet ancien, c'est toujours, au sens fort du terme "un portrait de famille". C'est sous la forme concrète d'un objet, une référence à un être précédent ou à un épisode de l'histoire familiale.

Ces deux significations coexistent et apparaissent complémentaires. Ainsi se côtoient le même livre en format de poche et en édition ancienne, le chauffage central et la bassinoire de cuivre.

Ils sont le signe d'une vie antérieure et l'assurance de sa continuité.

Le domicile : lieu d'échanges

Chez soi, la satisfaction du besoin de solitude

doit se compléter par celle du besoin de contacts. Le domicile est un lieu d'échanges.

La qualité des relations familiales détermine l'ambiance, c'est à dire le climat dans lequel la personnalité de chacun va pouvoir s'exprimer.

C'est le creuset de l'acquisition des symboles socio-culturels. C'est le creuset des premiers échanges affectifs sur lesquels se modèleront tous les échanges. Comme nous le rappelle MITSCHERLICH, "Nous devons apprendre à planter notre tente ailleurs, sans cesser pour cela de nous souvenir. Mais celui qui n'a pas eu l'expérience fondamentale d'un environnement où il se sentait protégé ne peut qu'à grand peine développer plus tard l'aptitude à découvrir les côtés réjouissants des choses, à s'engager dans de nouvelles amitiés, à mettre dans ses rapports une certaine alacrité confiante".

La qualité des relations libidinales se projette dans la maison, selon la place qu'on occupe autour de la table familiale, la distance du berceau au lit des parents, la disposition des lits, le droit d'occupation d'une pièce ou d'un coin, la situation de son territoire personnel par rapport à celui de l'autre. A ce facteur synchronique d'occupation des pièces,

s'ajoute un facteur diachronique, descriptif de l'évolution de ces relations.

Lors d'un premier entretien à l'hôpital, le jeune Bernard T... nous fait part de son impossibilité à sortir seul dans la rue, car les gens devinent ses penchants homosexuels et le persécutent.

La mère est très angoissée de le laisser seul à la maison, étant donné ses idées de suicide. Elle paraît assez affectée par la maladie de son fils, mais investit beaucoup dans son travail, surtout depuis la mort de son mari trois ans auparavant. Elle a un second fils de vingt ans qui ne lui a jamais posé de problèmes : elle le dit travailleur et sportif.

Nos structures de service se révèlent très insécurisantes pour Bernard qui ne supporte pas un essai d'hospitalisation de jour. C'est ainsi que nous sommes amenés à le voir chez lui.

A domicile, certains objets-clé et le mode d'occupation des pièces et surtout des lits nous permettent de façon saisissante d'appréhender les inter-relations familiales.

Bernard qui nous a dit s'intéresser aux généalogies très complexes des grandes familles historiques, nous fait admirer la collection de livres

d'histoire du père trônant dans la salle de séjour, ce qui témoigne de ses éléments d'identification au père dont il occupe d'ailleurs la place dans la chambre conjugale.

La mère dort avec le fils cadet dans l'autre chambre dont les murs sont tapissés de photos de moto. Elle, n'a aucun objet personnel en dehors d'une photo de son mari exposée dans un coin sombre de l'entrée.

Aucun entretien n'aurait pu nous faire saisir -tout au moins aussi rapidement et fortement- la forme de réaménagement de la structure familiale après la mort du père, les inter actions de la problématique familiale, les défenses du fils non psychotique contre une situation incestueuse et la réassurance narcissique qu'il trouve dans sa passion pour la moto.

Les échanges familiaux se font de façon continuelle mais sont rythmés par les moments forts de la journée, où l'on se retrouve ensemble ;

- Le lever et le coucher
- Les repas pris en commun

Sur cette quotidienneté, se greffent des moments privilégiés, les instants de loisirs, des événements agréables ou déplaisants qui sont autant d'occasions d'échanges ;

échanges dont la qualité ou leur impossibilité même témoignent de la cohésion de la famille ou révèlent sa fragilité.

Il est un exemple caricatural : celui de la famille B...

Nous sommes amenés à voir Serge B... pour agoraphobie. L'impossibilité de joindre les parents nous fait proposer une V. A. D. à une heure où la famille, comprenant le père, la mère, une fille et Serge, est réunie. On nous fixe un rendez-vous où nous ne trouvons que Serge et sa mère. Il n'y a aucun moment de la journée où la famille est au complet. Et encore, l'heure de notre rendez-vous était aussi celle fixée au réparateur de télévision qui a d'ailleurs accaparé toute l'attention de la mère.

Ce lieu d'échanges évidemment accueille les proches, les amis, quelques rares privilégiés, mais, en France, toujours selon un rituel qui tend à préserver l'intimité de la cellule familiale. Rarement, -sauf dans les milieux socialement défavorisés où les échanges sont souvent beaucoup plus spontanés- on se permet des visites imprévues, des

fêtes -communions- surprises.

Le domicile : lieu de continuité

La maison est une des plus grandes puissances d'intégration pour nos pensées, nos souvenirs, nos rêves. Un déménagement est vécu symboliquement comme une rupture de la continuité, une déchirure. Il exige une réorganisation de ses habitudes, de ses relations impliquant de grands efforts d'adaptation.

On ne change pas de coquille impunément et il est des deuils mal réussis : on connaît la fréquence des dépressions réactionnelles à un changement d'habitat, en dehors même de toute raison matérielle contingente.

Dans "Rénovation Urbaine et Changement Social", H. COING étudie les répercussions qu'a entraîné la rénovation d'un îlot insalubre du 13ème arrondissement de Paris. La rénovation ne bouscule pas seulement des murs et des rues, mais elle affecte profondément tout un groupe humain ; provoquant ou accélérant une mutation des structures locales et sociales.

Les interviews réalisées révèlent l'attachement profond au quartier et la force des réactions affectives opposées au changement, alors même qu'il s'agissait d'une population défavorisée, aux ressources modestes, aux

conditions de vie difficiles et très insécurisantes. L'attachement au quartier ne s'explique que très partiellement par sa valeur d'usage, liée à la proximité des lieux de travail, à l'importance de l'activité commerciale.

Les leitmotiv les plus puissants opposés au changement étaient l'existence d'une stabilité, d'une intégration, d'un réseau fixe de relations englobant les voisins de palier -"même si on ne les connaît pas, on les regarde vivre, on s'habitue à les voir tous les jours aux mêmes endroits"-, les commerçants. La relation commerçant est très valorisée ; la fidélité, la confiance, entraînent un service "personnalisé".

Cette étude met en valeur la notion que l'appartenance au quartier est pour chacun, le moyen d'une insertion sociale réelle. L'attachement au quartier ne peut pas être considéré comme une attitude sentimentale ou une inertie de qui n'aime pas changer ses habitudes. Pour l'individu, l'abandon de sa maison, de son quartier, met en question son mode de vie et son système de références, son rapport aux autres et à lui-même. On conçoit que ce puisse être un bouleversement total.

Affronté à cette situation nouvelle, il faut

redéfinir ses attitudes et ses points de repère, inventer une manière de vivre et de se relier aux autres.

Ceci devient de plus en plus difficile dans les grandes villes. La généralisation de l'habitat urbain est source d'insatisfactions par l'absence de moyens de communications commodes, l'éloignement des lieux de travail. Elle accentue l'isolement de l'individu, la ségrégation des groupes sociaux et ethniques, la neutralité des lieux de rencontres. La suppression parfaite des relations sociales trouve d'ailleurs son expression dans le mot "libre-service".

Il faut souligner le fait que, si le contexte de vie actuel où circule mal cette nécessaire "chaleur humaine" n'est pas pathogène au sens strict -c'est-à-dire à l'origine directe du trouble mental-, il abaisse immanquablement le seuil de tolérance vis à vis de ce trouble.

LE DOMICILE : LIEU PRIVILEGIE DE LA RENCONTRE
SOIGNANTS - SOIGNES

Il est évident que malgré le sérieux des objections soulevées par la pratique des V. A. D., un nombre de plus en plus grand de psychiatres travaille au domicile du patient.

C'est dire la puissance des avantages représentés par les V. A. D., avantages à la fois diagnostique et thérapeutique. Les avis concordent pour dire qu'au domicile du malade, lieu et témoin de son insertion sociale et de la qualité de ses relations :

- 1 - La maladie mentale s'exprime autrement qu'à l'hôpital.
- 2 - La venue de l'équipe psychiatrique permet le maintien de la responsabilité familiale.
- 3 - Améliore la communication.
- 4 - Facilite l'information.
- 5 - Assure une continuité thérapeutique.

Nous reprendrons ces divers arguments.

La maladie mentale s'exprime différemment à l'asile et au domicile

Si la démarche du psychiatre s'est modifiée au cours du temps, l'objet de son étude n'a pas gardé tout à fait le même visage. Cette mouvance du symptôme n'est pas

le fruit d'un hasard capricieux, elle trouve son explication dans la nature même du trouble mental , qui est trouble de la relation.

L'expression distordue du vécu angoissant du malade mental -distordu et donc mal entendu- entraîne de la part de l'entourage une réponse inadéquate. De distorsion en distorsion, l'incompréhension réciproque s'accroît et le discours fou devient de plus en plus imperméable, voire disparaît.

Nous reparlerons de Jacqueline L..., qui, au début soignée par deux équipes sans contact entre elles et prenant à son sujet des décisions contradictoires, réagit à cette situation par un discours et un comportement totalement confus et incohérents, alors que chez elle son comportement est apparu parfaitement clair.

La responsabilité familiale est maintenue

Dans la situation classique, lorsque le malade arrive en milieu asilaire, c'est au terme d'une dynamique perturbée ayant abouti à l'intolérance et l'exclusion. Fait particulier à la maladie mentale, le malade, exprimant un vécu angoissant intolérable, reçoit pour toute réponse l'écho de cette angoisse qu'il a mobilisée autour de lui.

Les échanges, déjà distordus, disparaissent et le cercle infernal n'est rompu que par le recours défensif de l'entourage aux instances psychiatriques.

Mais il est aisément admis maintenant que c'est toute la cellule familiale qui est concernée par le trouble et non pas seulement le patient désigné.

C'est dire l'intérêt pour le psychiatre d'être au lieu même des tensions maxima.

C'est là que son efficacité est la plus grande, qu'il peut abaisser le niveau des tensions, en ne permettant pas à la famille de dénier ou d'exorciser la partie mentale, de rejeter le mauvais objet. D'autant plus que si la famille est très tentée de se reposer entièrement sur le médecin, ce n'est pas sans risque d'une trop grande culpabilité ultérieure, responsable parfois de décompensations en chaîne.

En outre, cet espoir de se décharger de toute responsabilité, se révèle tout à fait illusoire et ne peut être de toute façon que transitoire.

A sa sortie de l'hôpital, les progrès que le malade aura faits ne pourront se maintenir que dans la mesure où la famille aura évolué de façon à supporter cette amélioration.

La communication est meilleure

Entre soignants et soignés

Si la V. A. D. peut être vécue par la famille, au début, comme un empiètement sur la vie privée, un viol de l'intimité familiale, ces réactions disparaissent et le psychiatre est très vite perçu comme quelqu'un qui peut comprendre et aider.

Le médecin de la famille F... nous demande d'hospitaliser d'urgence Anne-Marie qui délire et veut se tuer. Nous allons voir sur place. Quand nous sonnons, Anne-Marie prend les clefs de sa mère. Eclats de voix derrière la porte. Madame F. nous propose d'aller chercher le double chez le gardien. Nous refusons. Finalement, Madame F... reprend les clefs et ouvre. Elle nous présente à sa fille comme des amis. Anne-Marie va dans sa chambre. La mère nous propose de lire une lettre qu'Anne-Marie vient d'écrire à ses grands-parents et qui contient toutes les informations nécessaires pour comprendre Anne-Marie, dit-elle. Nous demandons si Anne-Marie est d'accord. La mère transmet la question à sa fille qui vient s'asseoir parmi nous et nous lit la lettre.

L'entretien s'engage.

La famille n'a plus devant elle une autorité psychiatrique protégée par tout le système défensif asilaire, mais un groupe d'individus capables de s'impliquer, travaillent "sans filet", sur le terrain.

Parallèlement, le soignant n'a plus en face de lui un exclu rejeté de son milieu par des subterfuges, la menace ou par la force, attitude particulièrement aliénante pour le malade qui n'est plus qu'un être déshumanisé "ayant perdu le sens commun". Le soignant a en face de lui un sujet souffrant dont il faut dégager la demande.

Même si l'hospitalisation ne peut être évitée, la qualité d'une telle relation établie entre sujet soignant et sujet à soigner -à condition évidemment que le thérapeute prévalent soit le même à l'hôpital- laisse espérer une plus grande efficacité de la thérapeutique dont l'axe essentiel est justement la relation médecin - malade. La valeur du transfert établi in vivo, dans le milieu familial réel, est plus grande que celui établi dans le milieu hiérarchisé de l'hôpital ou du dispensaire.

Entre les membres de la famille

Non seulement la communication entre soignants et soignés prend une autre texture, mais la communication entre la famille et le patient désigné devient meilleure. Par le fait même qu'à domicile, le psychiatre peut pointer le mécanisme de réjection avant son aboutissement et le mettant à jour, permet de le désamorcer souvent, en abaissant le niveau d'angoisse qui circule dans la famille.

Il peut par son attitude montrer que les soi-disant secrets peuvent être discutés en famille et que les autres membres sont dignes de les partager. Il est d'ailleurs d'observation courante que le tourment secret d'un membre de la famille qui le conduit à s'isoler, n'est en fait un secret pour personne.

Bernard T... ne voulait que nous le rencontrions avec sa mère, de peur que soient abordés en sa présence ses problèmes d'homosexualité.

En fait, Madame T... était tout à fait au courant de la liaison de son fils avec un cousin.

Cependant, le pseudo-secret de Bernard a toujours été respecté lorsque sa mère était présente.

L'information est accrue

Il est un avantage indiscuté des V. A. D. : c'est leur intérêt diagnostique.

La V. A. D. est le procédé le plus sûr et le plus rapide pour comprendre le malade, son entourage et les relations interfamiliales.

Nous avons vu les significations polyvalentes du domicile, en particulier en tant que lieu de projection. L'environnement en dit beaucoup plus long sur la famille et son fonctionnement que la famille elle-même.

Rappelons à propos des T..., comment un meuble ou le type d'occupation des pièces, pouvaient traduire la nature des relations intra familiales et les préoccupations de chacun.

La V. A. D. permet à la famille un échange avec le thérapeute sur son propre terrain. Elle lui permet de se montrer beaucoup plus naturellement. On discerne d'emblée la qualité de l'insertion sociale, les pôles d'intérêt, le degré émotionnel, selon que règne ordre ou confusion, selon que "le chat est placide ou le chien nerveux".

L'absence ou la présence de certains membres de l'entourage, la disposition au cours de l'entretien, l'appropriation de certains sièges, laissent percevoir les groupes de coalition, le degré de tolérance et donc le niveau des échanges.

Ce type de communication est moins perceptible dans le cabinet du médecin où sont respectées certaines conventions et affichée certaine composition.

A la maison, certains gestes spontanés et familiers -auxquels on se laisse aller même en présence des soignants- sont très significatifs du degré d'entente.

Les rapports avec la nourriture et l'oralité sont plus évidents :

A chaque agression verbale de sa fille psychotique, une mère de famille se réfugiait dans la cuisine. Non seulement, elle contrôlait ainsi sa propre agressivité à l'égard de sa fille mais, par cette manœuvre, elle montrait qu'elle était une bonne mère en préparant à manger pour la famille tout en révélant dans le même temps, sa résistance à la thérapie.

Sur place, on retrouve des signes d'intoxication, des traces d'expériences psychotiques, tels des

systèmes de défense contre des hallucinations.

Ainsi, chez Madame G..., charmante vieille dame hospitalisée pour un état dépressif qu'elle attribuait à des conditions économiques précaires et à son isolement. Quand nous la raccompagnâmes de l'hôpital à chez elle, Madame G... repéra enfin son immeuble grâce au bistrot du coin et dans son appartement, nous fit apprécier l'efficacité de son triple système de verrouillage. Nous le savions, mais il avait fallu à l'hôpital de très nombreux entretiens pour qu'elle nous confie ses petits écarts de régime et surtout ses idées délirantes de persécution centrées sur ses voisins d'immeuble.

Un travail continu avec les familles démontre que si le thérapeute n'a pas visité au moins une fois la famille, il perd des informations considérables sur le temps, le rythme de chacun, sur qui attend qui, qui impose le tempo à la vie familiale et comment cela est accepté, quels sont les groupes coalisés.

A condition évidemment que la V. A. D. ne se déroule pas comme une visite au malade désigné, mais que l'on considère que les difficultés du patient reflètent les problèmes intra-familiaux.

A domicile, la rapidité avec laquelle les familles

révèlent des données pertinentes les concernant est remarquable.

L'hospitalisation est évitée ou sa durée est écourtée

Le travail statistique de LANGSLEY du Colorado Psychiatric Hospital (Denver) est probant.

L'équipe de Langsley a suivi pendant dix-huit mois deux groupes de patients qui tous au départ, nécessitaient une hospitalisation d'urgence en milieu psychiatrique.

Les patients du premier groupe étaient hospitalisés ; ceux du deuxième groupe bénéficiaient d'une thérapie familiale à domicile. La sélection se faisait au hasard, la seule condition exigée des malades du deuxième groupe étant la proximité de leur lieu d'habitation (à moins d'une heure de trajet de l'hôpital).

De cette étude, il ressort que la prise en charge à domicile diminue le nombre des hospitalisations ultérieures et dans le cas où une hospitalisation se produit ultérieurement, sa durée en est considérablement raccourcie ; elle permet une réadaptation et une reprise des activités beaucoup plus rapide et surtout beaucoup plus stable : la résistance aux situations conflictuelles ultérieures est accrue.

Assurer une continuité thérapeutique devient possible

Parfois, elle n'est possible qu'au domicile du patient, quand pour des raisons physiques ou psychologiques, le malade ne peut se déplacer.

Mais même si elle est possible à l'hôpital, la continuité est beaucoup plus facile à assurer lorsque l'équipe soignante se déplace, ne serait-ce que du fait que la qualité de la relation soignants-soignés est toujours meilleure à domicile. En outre, des résistances temporaires suffisantes pour interrompre une thérapie à l'hôpital peuvent être surmontées au cours des V. A. D.

On pourrait se demander si le malade est capable de refuser réellement l'hospitalité à l'équipe en visite étant donné la puissance magique attribuée au personnage du psychiatre. En fait, la pratique est rassurante ; cette toute puissance n'est pas : "le sésame ouvre-toi" ; si le malade ne veut pas nous recevoir, il sait fort bien nous opposer une porte close. Seule la police a le droit -et encore dans des circonstances très précises- d'entrer de force chez les gens.

Mais une fois sur les lieux, les risques d'un abus de pouvoir sont peut-être plus subtils. Si les

V. A. D. sont si controversées parmi les psychiatres, ne faut-il pas voir là une prise de conscience de ce pouvoir et la défense contre le désir d'en abuser.

Problème de l'interventionnisme

Il nous faut revenir en effet sur l'objection fondamentale faite à une telle pratique.

L'argument principal opposé à l'englobement du domicile dans le champ de la psychiatrie est l'argument psychocratique, mettant en garde contre l'inflation des tâches du psychiatre, la possibilité d'une appropriation de l'ensemble des faits sociaux.

Cette extension de l'intervention du psychiatre dans des domaines qui ne relèvent pas de ses compétences peut entraîner une perversion des problèmes.

Assimiler par exemple à des problèmes psychiatriques des conflits qui résultent de difficultés socio-économiques, c'est-à-dire psychiatiser certaines situations, est le meilleur moyen d'en assurer la pérennité.

Une démarche plus subtile est de céder à la séduction et se laisser manipuler par la famille qui fait de l'équipe soignante l'arbitre de tous ses conflits, l'obligeant à des visites itératives, sous menace de

passages à l'acte par exemple, ce qui aboutit de la même façon à une extrême dépendance de la famille, au refus d'assumer ses responsabilités, situation tout aussi aliénante.

Ces dangers guettent le psychiatre de secteur et exigent de sa part une vigilance extrême.

Certes, ces dangers sont réels, mais ils ne doivent pas être le prétexte à une attitude non interventionniste systématique. On peut se demander si le refus de certains adversaires des V. A. D. n'est pas de nature phobique. Le voyeurisme et la signification sexuelle latente en cause, dans le fait de pénétrer chez les gens, conduisent à des mesures d'évitement, de mise à distance du malade, qu'on ne voit qu'au dispensaire, sur rendez-vous pris auprès de la secrétaire. On pourrait d'ailleurs dire que pour la même raison, le fait d'y aller relève parfois d'une attitude contraphobique.

Cette habitude qui consiste à dire qu'on n'a pas le droit de s'introduire chez les gens si le malade ne le demande pas explicitement, est fort suspecte et condamnable sur plus d'un point. Elle ne tient absolument pas compte de la nature même de la demande du malade mentalement perturbé, tout particulièrement du psychotique. Ainsi que le souligne PAUMELLE : "Ce sont les psychotiques

qui se font le plus facilement oublier. C'est parce que le psychotique ne peut bien souvent verbaliser une demande claire de soins qu'il ne suffit pas de l'attendre dans une consultation".

Non seulement cette attitude témoigne d'une incompréhension de la maladie mentale, non seulement, elle est rétrograde, mais elle est dangereuse pour le malade. En effet, attendre que la pathologie se révèle par un coup d'éclat est véritablement non assistance à personne en danger, avec comme conséquence plus subtile encore, le fait qu'elle accrédite auprès du public l'idée que le fou est inéluctablement dangereux, entretenant ainsi et justifiant les attitudes de rejet.

DE QUELQUES PROBLEMES SOULEVES PAR LA PRATIQUE
DES V. A. D.

A propos d'une famille de Saint-Maur que nous avons suivie à domicile de septembre à novembre 1971, nous envisagerons certains problèmes que soulève la pratique des V. A. D. et les vicissitudes d'une telle pratique.

La famille L...

C'est trois mois après le premier contact établi avec Jacqueline L... que l'équipe sera amenée à voir la famille à domicile.

Jacqueline, 18 ans, vient d'elle-même consulter au dispensaire accompagnée de Christian avec qui elle vit dans un meublé, non loin de l'appartement de ses parents qui paient le loyer et nourrissent épisodiquement le jeune couple.

Jacqueline demande l'hospitalisation.

L'hôpital est actuellement son seul recours, car dit-elle, d'une part, elle se sent incomprise par ses parents qui acceptent mal sa liaison avec Christian, tout en la cautionnant par une aide matérielle, et d'autre part, elle se sent mal acceptée par l'entourage hippie de Christian. Elle est assez déconcertée par la vie fantaisiste du petit groupe qui, à l'occasion, préconise un "trip" et à une prédilection pour d'interminables discussions philosophiques auxquelles elle se sent étrangère.

Elle est très anxieuse, parle avec une certaine incohérence

de ses relations familiales et amicales.
Avec l'aide de Christian, on apprend qu'elle a été hospitalisée en milieu psychiatrique de façon presque chronique depuis deux ans.

On propose à Jacqueline des entretiens réguliers, mais c'est l'été -avec les problèmes d'organisation que cela implique au niveau de l'équipe- et après le départ en vacances du médecin qui a commencé à voir Jacqueline, celle-ci se retrouve hospitalisée. La condition exigée étant de voir la famille régulièrement.

En fait, nous rencontrons tantôt la mère, tantôt le père seul ou avec une autre fille mais jamais, nous n'obtenons de les voir ensemble. Les propos tenus sont contradictoires, chacun accusant l'autre de ne plus supporter Jacqueline.

La famille se compose de :

- Monsieur L..., 50 ans

il a une pension d'invalidité et travaille au noir comme paysagiste, si bien que les fins de mois hivernaux sont difficiles.

- Madame L..., 48 ans

femme de service dans un hospice
est considérée par son mari et ses filles

comme très fragile (a fait une bouffée délirante deux ans plus tôt) et comme incapable de prendre ses responsabilités.

- Jocelyne, 24 ans

Mariée après un voyage au Pakistan. Son mari a été hospitalisé au retour, en milieu psychiatrique.

- Michèle, 21 ans

- Jacqueline, 18 ans

- Dominique, 14 ans

Il y aura plus tard d'autres versions de la fratrie.

Autour, gravitent les nombreux copains des filles.

L'hospitalisation de Jacqueline dans notre service n'est pas sans orages : tentatives de clivages des soignants, fugues, vol dans un supermarché avec intervention de la police. Nous lui disons que d'être ici ne la met pas hors la loi et que si elle vole à nouveau, nous serions obligés de la faire sortir. Le lendemain, elle fugue et est hospitalisée dans un service psychiatrique voisin où elle se fait d'ailleurs suivre épisodiquement depuis 1970.

Le père excédé parle, par l'intermédiaire du médecin de famille, de faire interner Jacqueline dans un service psychiatrique plus lointain.

La confrontation des deux équipes soignantes -chacune revendiquant la responsabilité de suivre Jacqueline- permet d'adopter une attitude cohérente susceptible d'éviter une hospitalisation dans une institution supplémentaire, c'est-à-dire de garder Jacqueline dans le service fermé, jusqu'à ce que nous trouvions une solution plus adaptée.

On discute beaucoup des dangers possibles de cette confrontation.

- risque-t-elle de compromettre toute démarche ultérieure de la malade auprès de nous ?
- risque-t-elle de lui donner le sentiment d'être cernée par les psychiatres ?
- risque-t-elle aussi de lui montrer qu'elle peut nous manipuler et que nous avons envie d'elle puisque nous allons la chercher où elle se trouve ?

Très rapidement à l'attitude plus coopérante des deux équipes, fait suite un comportement fort cohérent de Jacqueline.

Le II septembre, nous la voyons dans le service fermé.

Sont présents :

- Famille L... : Jacqueline, Madame L..., Jocelyne
- Equipes : Docteurs S..., A..., C..., D..., Monsieur G..., Infirmier.

Contenu de l'entretien

Melle L... est beaucoup "mieux" et participe presque normalement à la discussion. Elle nous parle longuement du fait qu'elle est fascinée par son père qui lui fait faire ce qu'il veut, du fait aussi qu'elle ne supporte pas les disputes de ses parents. Dans le même ordre, elle dira plus-tard, comment son père la fait participer à sa vie sexuelle dont elle est témoin en cachette de sa mère.

On parle de l'absence du père qui a délégué sa femme pour dire qu'il ne veut pas que Jacqueline retourne à la maison. La mère dit que le père est trop occupé et doit soigner le jardin de l'oncle Roger (c'est son frère) qui est présentement soigné en psychiatrie.

D'autres aspects de l'amamnèse surgissent : Jacqueline a fait une infection (une primo-infection) tuberculeuse à 2 ans en même temps que son père tombait malade. Elle a été placée en sana à ce moment-là. (On se demande si ce n'est pas une des raisons qui l'a fait choisir parmi les soeurs pour avoir une relation privilégiée avec son père). En tout cas, la deuxième soeur (Michèle ou Micheline) est perçue par la famille comme un garçon manqué, constamment en rivalité avec le père et avec Jacqueline.

Jacqueline a été renvoyée du lycée en 4ème pratique mais sa soeur aînée dira que jusqu'à l'âge de 15 ans, elle était particulièrement inhibée ; ne parlait pas ("on pouvait

passer une journée avec toi sans que tu dises un mot") et que tout d'un coup, elle a complètement changé.

Du point de vue de Jocelyne, ce qui ne va pas dans la famille, c'est la violence du père. Du point de vue de la mère, c'est sans doute les garçons qui ont rendu sa fille folle et elle cite un épisode où Jacqueline est rentrée complètement trempée en pleine nuit, dans un état second, après être sortie avec plusieurs garçons.

On apprend aussi que la fratrie n'est pas composée comme on le pensait. Il n'y a pas 4 enfants mais 5. Un premier garçon qui s'appelle Claude (30 ans), né d'une première liaison de la mère et a peut-être été reconnu par le père. Il a été élevé par les grands-parents maternels et reste l'objet d'une culpabilité intense de la mère ce qui se traduit par le fait que les trois dames se mettent à parler en même temps à ce propos.

La culpabilité liée à la sexualité est d'ailleurs partagée et on parle de Violette et de ses filles nombreuses, à qui le père rend visite avec la participation de Jacqueline et du garçon et avec l'accord de Madame.

Notons que :

I) Jacqueline

Sur le plan psychiatrique, Jacqueline ne présente plus de symptômes. Sa structure hystérique transparaît dans

ce qu'elle dit de sa relation au père. Son anamnèse se précise.

2) Au niveau de la famille

L'absence du père permet d'aborder le problème de la sexualité.

Le père a une maîtresse et est très complice avec Jacqueline qu'il fait participer à sa vie extra-conjugale en cachette de la mère.

Que le père ait une maîtresse n'est un secret pour personne, mais la complicité familiale est très culpabilisée.

Un épisode du passé sexuel de la mère surgit quand il est fait mention de Claude, le 5ème enfant.

Sur le plan de la distribution familiale, Jocelyne, l'aînée, est la préférée du père, Michèle (son prénom est Micheline, mais on l'appelle Michèle), la préférée de la mère, est perçue comme le garçon manqué constamment en rivalité avec le père et Jacqueline. Michèle n'a jamais travaillé car dit-elle, elle n'accepte pas les normes bourgeoises ; sa marginalité est tout à fait acceptée et entretenue par les parents.

3) Au niveau de la communication

Nous interprétons l'absence du père comme le désir de se débarrasser de Jacqueline.

Les 18 et 20 septembre. Toujours en service fermé :

- Famille L... : Jacqueline, Monsieur L..., Madame L..., Michèle.
- Equipes : 7 soignants.

Contenu de l'entretien

La mère trouve que Jacqueline a pris de bonnes joues.

Chacun a des théories différentes sur la maladie de Jacqueline, notamment l'hypothèse d'une gaucherie contrariée sur laquelle les parents sont encore actuellement, en violent conflit. En fait, c'est surtout Michèle qui parle de sa propre dépression. L'infirmière du service fermé participe à l'entretien, vers la fin, elle sort un moment pour prendre de l'aspirine.

On décide que Jacqueline ira en permission pendant le week-end.

... Madame L... dit que le week-end s'est très bien passé. Jacqueline répond au contraire, comment elle s'est enivrée et comment elle a fait boire son petit frère et leurs amis.

Michèle est enceinte ; elle veut partir pour les Indes avec son bébé. S'il doit survivre, il survivra pense-t-elle.

Notons que :

1) Il y a déplacement de malade.

Jacqueline n'est plus la malade mais Michèle, hospitalisée en gynécologie et qui fait le projet très dépressif de partir aux Indes avec son bébé.

2) A l'hôpital, le père s'identifie au médecin et cherche les raisons qui ont pu rendre Jacqueline malade.

3) La communication est très difficile.

En témoignent les propos contradictoires de la mère et Jacqueline au sujet du week-end. Les contradictions et la confusion sont si peu supportables qu'elles déclenchent une migraine chez l'infirmière.

Etant donnée la dynamique assez confuse de cette famille, sa capacité dispersée à jouer sur tous les services psychiatriques de la région, nous proposons -pour que les parents acceptent de reprendre Jacqueline- des V. A. D. dont le but est de les aider à comprendre et à supporter Jacqueline,

Nous faisons une visite tous les lundis de midi à une heure au domicile des L..., un F 4

dans un grand ensemble de Créteil Saint-Maur.

Le 27 septembre : à domicile.

- Famille L... : Monsieur L..., Madame L..., Jacqueline, Michèle.
- Equipe : 5 soignants.

Contenu de l'entretien

Nous sommes détendus ; Monsieur L... distribue les places de telle façon que nous avons chacun un fauteuil confortable et symétrique (lui et un thérapeute masculin), les autres sont sur des chaises autour de la table. De chez les L..., on voit la chambre où a vécu Jacqueline et où vivent maintenant Michèle et ses amis. Jacqueline sort tout de suite pour aller chercher Michèle. En son absence, Madame raconte une scène de dispute compliquée où Michèle et Jean-Gilles lui ont montré à la fois comment ils sont indépendants et dépendants des parents. Jean-Gilles lui a offert des fleurs pour s'excuser du conflit, elles sont encore sur la table.

Quand Michèle et Jacqueline sont là, il est beaucoup question de la séduction involontaire de Jacqueline envers les amants de sa soeur.

L'idée que Madame L... puisse être un objet de

désir pour un homme entraîne une franche hilarité chez tout le monde y compris chez-elle. Certains soignants s'en étonnent. Monsieur L... va prendre quelques jours de vacances.

Avant la scène de la soirée, il y eut une compétition pour le rôle de malade entre Michèle et Jacqueline.

Michèle raconte que Dominique fait comme si il était le père de son enfant.

Quand le père parle de son voyage et de la fidélité, la mère se rappelle qu'elle a quelque chose sur le feu et Jacqueline sort de la pièce en pleurant. Elle y reviendra tout de suite après.

Un thérapeute a oublié son imperméable, il retourne le chercher le soir ; Melle L... ouvre, elle était à table avec son père et sa mère, en slip et chemisette.

Notons que :

- 1) Jacqueline n'est plus la malade désignée.
- 2) A domicile, la compétition de leadership entre le thérapeute masculin et Monsieur L... amène celui-ci à reprendre son rôle de père de famille.

Il sera très souvent question de Dominique que nous ne verrons jamais (il reste à la cantine), sauf un jour où il passe chercher son sac "oublié" le matin. En l'absence du père, Dominique prend sa place à table et dans le

lit de la mère. Ceci soulève le problème des limites de notre intervention et d'une action en quelque sorte préventive. La rupture un peu précipitée de notre relation avec cette famille ne nous a pas permis d'aborder réellement le problème de Dominique. Mais ce qu'il était dit de lui était suffisamment préoccupant pour être en droit de demander à le voir.

- 3) A domicile, l'atmosphère est plus détendue, la parole circule mieux.

Dans un moment très angoissant pour elles, Jacqueline et sa mère peuvent quitter le groupe quelques instants, nous signifiant tout à la fois le sujet de leur angoisse et leur désir de la maîtriser.

Un bouquet de fleurs est là, témoin de la résolution d'un conflit et amenant l'ouverture d'un débat sur la fausse autonomie des filles dont on aperçoit la chambre en ville depuis l'immeuble des parents.

- 4) Soulignons l'acte manqué d'un des thérapeutes qui l'amène à retourner abusivement dans cette famille sans prévenir ; visite d'ailleurs qui en révèle beaucoup plus que ce que la famille nous présente habituellement.

Le 4 octobre, à domicile.

- Famille L..., Christian.

- Equipe : 8 soignants.

La mère a oublié le rendez-vous. On ne la rencontre que brièvement en bas de l'escalier à notre départ. Elle convient que cet oubli "arrange" bien Jacqueline qui voulait justement nous voir seule.

Contenu de l'entretien

Le père est en vacances, en Normandie chez son frère. Il s'y ennue. En fait, il est présent à l'entretien sous forme de deux cartes postales que Jacqueline sort tout de suite. La première, adressée à toute la famille représente l'hôpital de Bayeux, la deuxième, adressée à Jacqueline seule, est une carte pour enfant, représentant des poupées et les premières notes de la chanson : "J'irai revoir ma Normandie, c'est le pays qui m'a donné le jour". Jacqueline raconte sur un mode de dénégation toutes les "misères" que leur fait son père et répète "je ne l'aime pas", lui reproche d'avoir laissé tomber Madame L... lorsqu'elle était hospitalisée en milieu psychiatrique et ensuite l'a renvoyée chez ses parents. Jacqueline dit que tout va bien quand le père n'est pas là. Christian peut venir à la maison. En effet, depuis peu, Monsieur L... a interdit l'accès du domicile à Christian en sa présence, Christian qui le rend, dit celui-ci, responsable de tout ce qui arrive à sa fille... A la fin de cette visite, il est convenu que l'équipe

pourrait revenir la semaine suivante, même jour et à 12 heures, à condition que les parents L... soient d'accord, Jacqueline devant en discuter avec eux dans l'intervalle et nous téléphoner pour confirmer le rendez-vous.

Notons que :

Jacqueline s'est arrangée pour nous voir seule. Sa démarche pose le problème du devenir d'une prise en charge familiale qui apparaît dans ce sens susceptible de permettre à certains membres mal individualisés de leur famille d'accéder secondairement à une demande plus autonome et aussi peu parasitée que possible par les projections familiales.

Le 11 octobre, à domicile.

- Famille L... : Monsieur L..., Madame L..., Jacqueline, Michèle.
- Equipe : 6 soignants.

Contenu de l'entretien

Le père est revenu de Normandie.

On dit quelques mots de l'entretien précédent, Christian y étant, malgré l'interdiction de Monsieur L...

- La famille L... paraît détendue : Jacqueline a grossi de 2 kgs, la prise pondérale étant très importante pour la famille, égale à un signal de bonne santé.
- Le père nous parle de ses vacances ; il était chez un frère aîné à CAEN, il a mené une "vie régulière".
Les deux filles laissent à peine parler le père de ses différentes maladies. Micheline est très désireuse de faire parler sa mère "ça lui fait du bien, il faut qu'elle se libère un peu".
- La mère se met alors à parler beaucoup : de son premier fils Claude, 30 ans, que le père, un coiffeur, n'a pas reconnu. Monsieur L... a épousé Georgette sachant qu'elle était enceinte et a reconnu l'enfant qui a été élevé par la grand-mère maternelle. Petite erreur sur l'heure de l'accouchement de Claude que le père confond avec l'heure de la naissance de Josiane, née avant terme, un an après Claude, en 1943 et n'a vécu que 24 heures.

Notons que :

Grâce à Michèle et surtout Jocelyne qui devient cothérapeute, Madame L... peut parler, pour la première fois dans l'histoire familiale, de ses déceptions, de son anxiété. Très revalorisée, elle apparaît pour ses filles comme un bon objet d'identification possible.

Au bout de trois mois, pour des raisons internes à l'équipe,

proposition est faite à la famille de la suivre non plus à domicile, mais à l'hôpital. Aucune suite n'est donnée. Nous manquons actuellement d'informations pour juger des conséquences de cette rupture de la relation.

Cette histoire, très schématiquement reprise, illustre les avantages d'une prise en charge à domicile. Ses avatars en prouvent les difficultés que nous essaierons d'analyser.

Pourquoi les V. A. D. ?

Jacqueline avait réussi l'exploit de se faire hospitaliser simultanément dans deux institutions.

La dispersion familiale et les discours contradictoires nous ont fait souhaiter un lieu de réunion plus structurant : le domicile parental.

Les aspects positifs

L'observation directe de la famille a permis de saisir plus rapidement la dynamique intra-familiale. Les problèmes jusque là masqués ont été verbalisés. Notons au passage que la famille L... avait eu le prix de la meilleure famille de Saint-Maur !

La famille assume mieux ses difficultés.

- Jacqueline n'est plus l'exclue. Le cercle infernal des hospitalisations à répétition voire simultanées est rompu.
- A tour de rôle, chacun tente de se faire soigner ou devient cothérapeute.

Les aspects négatifs

Il faut relever :

- Le délai extrêmement long entre le premier contact établi avec Jacqueline et la proposition des V. A. D. ; ce qui a facilité les errances de Jacqueline, l'aggravation de son comportement, la dépression des autres membres de la famille (le père menaçant souvent de "tout laisser tomber").
- L'interruption un peu brutale de la prise en charge à domicile.

Ces échecs ne peuvent s'expliquer uniquement par la complexité des inter-relations familiales des L..., l'ampleur et la diversité des problèmes posés, les obstacles liés à une situation socio-économique précaire.

A notre avis, ils sont surtout liés à une mauvaise cohésion de l'équipe :

- due à l'instabilité de ses membres, accidentelle (vacances, maladie) ou liée au statut même (problème de

la rémunération d'une équipe de secteur).

- Due aux opinions souvent très divergentes des soignants, les contradictions n'étant pas métabolisées par des discussions post-V. A. D.

La famille L. était un peu l'image en miroir de ce qu'était notre équipe à l'époque.

La carence des post-groupes, l'impossibilité de faire circuler l'information du fait de problèmes de leadership parmi nous et d'idées mal éclaircies sur notre pratique, ont abouti fatalement à l'avortement de cette relation.

Reprenons, à un niveau plus général, certaines questions que la narration des entretiens avec la famille L... nous a permis d'ébaucher.

Comment se pose l'indication d'une V. A. D. ?

Bien souvent, la demande parvient au psychiatre, au terme d'un long détour et par l'intermédiaire d'instances sociales telles que le médecin généraliste, l'assistante sociale, la police, lorsque le seuil est dépassé.

Avant cette situation explosive, il y a eu demande du malade, mais demande dans son essence même, distordue et donc mal entendue, et qui ne sera prise en considération que si elle entraîne une conduite inadaptée, venant troubler

l'ordre familial ou publique. Que demande-t-on alors ?
On demande l'exclusion, dans cette bastille qu'est
tout service psychiatrique même ouvert, sous la bonne
garde d'un personnel spécialisé, et la sauvegarde de la
toute-puissance magique du psychiatre.

Les possibilités d'une psychiatrie de secteur
permettent :

- De réduire le délai entre la demande et la réponse et
donc de saisir plus clairement la demande avant même
sa trop grande dispersion et le pourrissement d'une
situation conflictuelle.
- D'offrir des réponses plus adaptées et par là même
douées d'une plus grande efficacité.

En situation d'urgence, il est indéniable que
l'aide thérapeutique doit se faire "in situ" car :

- C'est au domicile que sont réunis les principaux élé-
ments d'évaluation de la situation de besoin.
- L'évaluation globale de la situation pathologique est
beaucoup plus précise et rapide à domicile qu'au dis-
pensaire, où le rassemblement des données individuel-
les, familiales, socio-économiques, nécessite un
délai plus ou moins long et des démarches variées.
- Le temps d'évaluation est raccourci au profit de
l'établissement de la relation thérapeutique indispensable.

Il nous apparaît cependant que le degré d'urgence est difficile à évaluer. L'évaluation dépend certes du contenu de la demande, du ton de la demande, de qui demande, mais peut-être aussi de la disponibilité matérielle et émotionnelle de l'équipe qui répond.

On peut se demander aussi si l'annonce même d'une V. A. D. ne désamorce pas la crise ou au contraire l'entretient de façon à bien montrer au psychiatre, qui est malade et qui ne l'est pas, qui rend fou l'autre.

Mais si en urgence, l'indication est relativement aisée à poser, les difficultés réelles, surgissent après une première évaluation de la situation de besoin.

Si la seule possibilité offerte est l'hospitalisation dans un milieu régressif, la situation n'est pas radicalement changée, en dehors du fait que la relation qui s'établit avec le malade à son domicile l'est dans un climat moins dramatique que s'il est amené de force par sa famille ou la police, et la vertu thérapeutique d'une telle relation en sera d'autant préservée.

Cette évaluation ne prend son sens que dans le cadre d'une psychiatrie de secteur fonctionnant bien et pouvant donc apporter des réponses diversifiées. Eventail qui comporte entre les deux situations extrêmes que sont l'hospitalisation complète et l'abstention thérapeutique, des hospitalisations à temps partiel, des

foyers, des consultations de dispensaire, des ateliers protégés, une prise en charge à domicile au long cours.

Certaines indications de cette prise en charge à domicile au long cours prêtent peu à discussion.

- Lorsque, il y a une impossibilité physique du psychologique (agoraphobie par exemple) du malade à se déplacer.
- Lorsque, il s'agit de sujets aux âges extrêmes de la vie (enfance, sénescence).
- Lorsqu'il s'agit d'une famille dispersée qu'on ne peut réunir qu'au domicile personnel :
telle la famille L...

En dehors de ces cas très évidents, la décision d'une prise en charge à domicile au long cours, les modalités de cette prise en charge (durée, fréquence, horaires), les buts que se propose l'équipe, sont alors cas d'espèce et la réussite d'une telle aide thérapeutique nécessite de la part des soignants des discussions régulières et une étude critique de leurs motivations et de l'évolution de la situation.

L'interruption des visites au domicile des L...
est un exemple des difficultés rencontrées lorsque dans l'équipe insuffisamment stable,
l'information circule mal et l'autocritique est

insuffisante.

Comment est vécue la V. A. D. par la famille ?

En dehors des situations d'urgence, c'est rarement la famille qui demande à l'équipe de venir au domicile, tout au moins dans le secteur encore jeune dont nous avons l'expérience. Le plus souvent l'équipe, appréciant le problème posé, propose de se déplacer à domicile et la famille accepte généralement très volontiers.

A condition revenons-y, que la visite soit bien préparée, que ses modalités prévues soient bien respectées par l'équipe, sinon la relation déjà ébauchée peut se pervertir, et le bénéfice d'une telle entreprise être sérieusement entamé.

Madame T..., entrée pour accès maniaque délirant, émet le voeu après plusieurs semaines d'hospitalisation, et des entretiens difficiles avec son mari à l'égard duquel ses sentiments sont pour le moins ambivalents, "de réparer" en allant chez elle ranger l'appartement. Avec l'accord de Monsieur T..., nous proposons de nous rendre à domicile lors d'une après-midi de congé du mari, sans fixer de jour précis. Nous sonnons. Pas de réponse. Au bout de quelques temps, Madame T... anxieuse dit que

son mari doit la tromper et menace d'entrer par la fenêtre de la cuisine malgré nos exhortations qui sont d'autant plus inefficaces que conscients de l'ampleur de notre erreur, nous reprenons à notre compte l'anxiété et les doutes de la malade. Enfin, la porte s'ouvre. Monsieur T... en pyjama, nous accuse d'interrompre sa sieste, d'ameuter les voisins, et nous renvoie rapidement dans nos murs. Il faudra plusieurs entretiens à l'hôpital pour réparer les dommages créés par cette intrusion.

Si les membres de la famille sont préparés à la visite par le thérapeute qui la leur présente comme un moyen nécessaire à une meilleure compréhension du malade, aucune anxiété n'est soulevée, à condition que le thérapeute n'introduise pas lui-même sa propre anxiété.

Très souvent même, la V. A. D. est très vite interprétée comme une preuve de l'intérêt du thérapeute, de son dévouement.

La participation des enfants jeunes devient possible à domicile et amène beaucoup moins d'anxiété que dans un milieu psychiatrique.

Quelles sont les motivations des soignants qui font des VAD ?

Quels sont les avantages et les inconvénients du travail d'équipe ?

Au delà de l'intérêt épistémologique que peut présenter la pratique des V. A. D., on peut s'interroger sur les motivations plus ou moins conscientes des soignants qui s'enthousiasment pour une telle pratique.

Des "idées de grandeur" plus ou moins masquées sont assez souvent un élément déterminant dans l'abord d'une technique d'avant-garde où l'on peut espérer faire plus et mieux que le voisin. Ce désir de toute-puissance ne devient dangereux que s'il reste inconscient, sans contrôle des risques qu'il peut entraîner. Ceci dit, à ceux qui abordent un domaine neuf, une petite pointe de mégalomanie novatrice est sans doute utile pour permettre de supporter les inévitables coups de boutoir des réfractaires plus orthodoxes...

Mais quand ce domaine est celui de la famille, menacée dans son intégrité par la maladie mentale d'un de ses membres, d'autres motivations se font jour.

Celle, gratifiante, de pouvoir assurer un rôle parental d'aide et de protection, aboutissement de désirs plus ou moins anciens des soignants.

Cette motivation est sans doute plus utile au thérapeute et à la famille qu'il prend en charge, que le désir du thérapeute de compenser ses propres échecs familiaux en raccommmodant des familles étrangères ; car il risque de susciter, chez la famille dont il a la charge, des comportements qu'il aurait souhaité rencontrer chez ses propres parents et proposer des solutions qui conviennent mieux à sa propre névrose qu'aux conflits dont il est question.

Un autre désir dangereux serait de vouloir punir d'autres parents à la place des siens, vécus comme responsable de ses maux. Ce qui conduirait à une contre-attitude de mauvaise foi à l'égard de tous les parents et à une attitude culpabilisante néfaste entravant toute possibilité de collaboration. L'expérience montre que lorsqu'il y a échec entre parents et soignants, le patient en fait les frais. Même s'il s'agit de parents objectivement très abusifs, il est important d'analyser sa propre hostilité car ces parents ne peuvent comprendre et changer que dans la mesure où ils se sentent suffisamment acceptés pour pouvoir parler franchement d'eux-mêmes et de leurs difficultés.

D'autres motifs d'attirance pour les V. A. D.

sont plus suspects. C'est la possibilité de jongler avec des relations pluri-transférentielles, de travailler plus en surface. Il est certes plus facile de se sentir moins impliqué, mais c'est au risque de ne proposer à la famille que des solutions de compromis et des pseudo-conseils d'adaptation, au lieu d'une prise de conscience véritable et plus profonde des perturbations intra-familiales.

Du même ordre est l'argument de travail plus mouvementé, plus attrayant qu'impliquent le déplacement de l'équipe, la découverte d'autres horizons.

De toute façon, si ces motivations sont mal contrôlées par le thérapeute, celui-ci en portera vite les conséquences. Si la famille sent que le soignant la manipule avec un désir d'ambition, de vengeance ou de volonté de séduction, la famille risquera par la réjection ou la manipulation.

Le travail d'équipe

Cette fausse impression de travail plus superficiel, plus coloré, est d'autant plus viable que les V. A. D. se font à plusieurs. Ce qui peut effectivement faciliter une moins grande implication personnelle, une dilution des responsabilités mais dans ce cas, si les thérapeutes n'en prennent pas conscience, la relation soignants-soignés est rapidement vouée à l'échec.

Toute autre est l'efficacité thérapeutique d'une équipe dont les membres sont capables d'implication personnelle et d'autocritique, car en ce cas :

- Le travail d'équipe permet une intervention dosée, concertée, coordonnée des divers membres, chacun selon le cas, pouvant être le pivot de la relation avec le malade.
- L'équipe assure beaucoup mieux qu'un soignant isolé le poids des inter-relations qui se nouent, car le soutien d'un malade au sein de sa famille, confère des charges extrêmement importantes au thérapeute. La résistance émotionnelle à tous les désirs, toutes les angoisses, toutes les agressivités des divers membres de la famille est "humainement" difficilement exigible de la part d'un seul thérapeute.

Lors des premières visites chez les L..., l'angoisse circulante était telle et la diversité des problèmes posés si grande que nous éprouvions le besoin d'y être de plus en plus nombreux.

- La notion d'équipe implique celle de la différenciation des fonctions qui permet une meilleure compréhension de la dynamique intra-familiale et l'apport de réponses à des niveaux divers.

Chez les L..., il a fallu toute une séance pour éclaircir, grâce à la présence de l'assistante sociale, la situation administrative de Jacqueline,

situation particulièrement embrouillée et qui n'était d'ailleurs pas sans relation avec son statut actuel de malade.

En effet, sa guérison impliquait pour les parents la perte d'indemnités représentant une partie importante des revenus de la famille, en raison de la rentabilité saisonnière du travail du père.

- Le travail d'équipe est un instrument de la continuité de la relation. En cas d'urgence, le malade peut trouver quelqu'un de connu, au courant de son histoire. L'absence d'un membre est moins douloureusement catastrophique. Les perturbations qu'elle entraîne dans la relation pourront être catalysées par les autres soignants. Il faut remarquer, en effet, que la stabilité de l'équipe idéalement souhaitée est en pratique rarement parfaite, ne serait-ce que pour des raisons accidentelles telle la maladie d'un soignant ou des raisons de disponibilité liées aux différences de statut des divers membres de l'équipe ; tout au moins dans le secteur que nous connaissons où une équipe se constitue à partir des soignants hospitaliers.

En effet, si l'interne peut se permettre de faire une V. A. D. en fin de soirée, le stagiaire bénévole doit consacrer une partie de son temps ailleurs, à un travail rémunéré.

En ce qui concerne le personnel infirmier, c'est encore plus difficile :

- D'une part, pour des raisons administratives (problème d'assurance personnelle ; obtention de l'autorisation de la surveillante ; pointage à l'aller et au retour).
- D'autre part, en raison d'une carence numérique, le personnel infirmier doit répondre d'abord aux exigences de la bonne marche du service hospitalier avant de pouvoir accéder à son propre désir d'un travail sur le secteur. Et la possibilité pour une infirmière de participer à une V. A. D. dépend de la bonne volonté de collaboration de ses collègues que son absence momentanée oblige à un surcroît de travail. Ce sera source de frustration pour ceux qui restent et donc de conflit si la cohésion des soignants n'est pas assurée par un retour de l'information.

A ce propos, il nous faut soulever un point qui peut sembler annexe, mais dont l'acuité nous est apparue quand il s'est agi de recueillir tout le matériel nécessaire à l'élaboration de ce travail.

- Pour faciliter l'information des non participants qui peuvent d'ailleurs être impliqués ultérieurement dans la relation du fait d'une hospitalisation non évitable, pour permettre des discussions fructueuses entre les soignants au décours d'une V. A. D., une transcription des entretiens est absolument nécessaire. On peut avoir quelque réticence à écrire le contenu de la séance

sur le lieu même où elle se déroule. Ce n'est pas d'ailleurs toujours réalisable, dans une ambiance agitée ou violente. Mais en dehors des situations d'urgence, c'est toujours possible et la famille accepte fort bien qu'on prenne des notes, si la raison en est explicitée. La spontanéité de l'entretien n'en est en rien altérée.

Un autre problème doit-être mentionné : celui de la gratuité des soins.

Dans notre société de consommation où tout se paie, la gratuité des soins à domicile soulève souvent une certaine anxiété chez les familles, surtout devant la mobilisation de plusieurs médecins. Elle réveille peut-être des questions tout à fait irrationnelles sur la nature des intentions des soignants, les compensations qu'ils peuvent prétendre obtenir. Elle entraîne une dette de reconnaissance bien difficile à monnayer, expliquant parfois les tentatives de dédommagement sous forme de sucreries, de boissons.

C O N C L U S I O N

Dans le cadre d'un travail psychiatrique de secteur, -secteur géographique de Créteil - Bonneuil, dépendant du service de Monsieur le Professeur BOURGUIGNON- nous nous sommes proposés d'examiner les problèmes soulevés par les visites au domicile du malade mental.

Cette pratique -dont il faut souligner le caractère récent- s'installe au terme d'un lent remaniement du statut de la folie.

Un bref aperçu historique rappelle le mouvement dialectique qui a conduit le malade mental de la famille à l'institution hospitalière et de l'institution hospitalière à l'institution familiale.

Aujourd'hui, le retour thérapeutique à la famille repose sur des bases théoriques, pratiques et économiques. Cependant, aux résistances liées à la difficulté pour le psychiatre d'abandonner le confort que lui offrent les structures institutionnelles, s'ajoute la résistance à pénétrer dans le territoire d'autrui.

La notion de domicile est chargée, en effet, de multiples significations.

Le domicile est le témoin de l'insertion sociale et des avatars de cette insertion.

Il est le témoin et le lieu d'expression de l'histoire

personnelle de chacun, de la qualité et de l'évolution des relations intrafamiliales.

Pour tout individu, le domicile fortifie le sentiment de l'identité personnelle et de la sécurité, il affirme la continuité du présent avec le passé.

Parce que le domicile prend ainsi un sens sacré et parce qu'il est le lieu où le danger d'inflation des tâches du psychiatre devient le plus tangible, la pratique des V. A. D. se heurte à de solides objections. Cependant, à condition que le psychiatre soit extrêmement conscient des risques d'un abus de pouvoir, il nous apparaît que le domicile est le lieu privilégié de la rencontre psychiatre-malade.

La qualité de la relation établie in situ permet une évaluation plus rapide de la situation de besoin et l'apport de réponses plus adaptées et plus diversifiées.

Certes, sa réalisation exige, de la part d'une équipe, de solides qualités de cohésion et un souci constant d'autocritique.

Nous avons tenté d'illustrer par un exemple clinique les bénéfices d'un abord "in vivo" du trouble relationnel, et surtout les sources possibles d'échec de cet

abord.

Le constat des écueils rencontrés quotidiennement doit être le prétexte à améliorer ce mode d'entrée en relation dont les bénéfices pour le malade nous paraissent indéniables.

BIBLIOGRAPHIE

I - ACKERMANN

The psychodynamics of Family life.

Basic Books. 1958

2 - BACHELARD G.

La poétique de l'espace.

P. U. F. 1967

3 - BAUDRILLARD J.

Le système des objets.

N. R. F. 1968

4 - BELLAK

Handbook of Community Psychiatry.

5 - BOUDON P.

Pessa de le Corbusier.

Dunod 1969

6 - BOUSQUET P.

La Psychiatrie chez l'habitant.

Thèse Paris 1971

7 - BROWN BS.

Home Visiting by Psychiatrists.

Arch. Gén. Psych. 1962 - 7

8 - CHANTEREAU P. F.

La V. A. D. du malade psychiatrique.

Thèse 1972 - PARIS

9 - COING H.

Rénovation urbaine et changement social.

Les Editions ouvrières 1966.

10 - DIATKINE G.

La psychiatrie de secteur et les urgences.

Thèse Paris 1970

11 - FISCH R.

Home visits in a private psychiatric practice.

Family Process, Vol. 3 1964

12 - FOUCAULT M.

Histoire de la Folie à l'âge classique.

Plon 1961

I3 - FRIEDMAN A. S.

- Home Treatment of Psychiatric Patients.
Am. J. Psy. 1960. 116, p. 807 - 809
- Family therapy as conducted in the house.
Family Process, march 1962, vol. I n°1

I4 - GEORGE A.

- Réflexions sur la psychothérapie de famille.
A propos d'une expérience d'un groupe pluri-familial.
Thèse Paris 1972

I5 - HALL E. T.

- La dimension cachée.
Le Seuil 1971

I6 - HANSEN C. C.

- An extended Home visit with Conjoint family Therapy.
F. Process, volume 7. I. mars 1968, p. 66 - 85

I7 - HOCHMANN J.

- Pour une psychiatrie communautaire.
Seuil 1971

I8 - LAING R. D. ESTERSON A.

- L'équilibre mental, la folie et la famille.

19 - LANGSLEY D. G.

Avoiding mental Hospital Admission.

A follow ups study.

Am. J. of Psy. Ap. 71. vol 127, n°10

20 - MANFRED I.

Brief home visits in the treatment of lower class patient

Am. J. of Psy. 1967, vol. 124 n° 3, p. 371 - 375

21 - MANNONI M.

Le psychiatre, son "toi", et la psychanalyse.

Seuil 1970

22 - MICKLE JC.

Psychiatric home visits.

Arch. Gen. of Psych. 1963, vol 9, n° 4, p. 379 - 383

23 - MITSCHERLICH A. .

Psychanalyse et urbanisme.

N. R. F. 1970

24 - MOLES A.

Les coquilles de l'homme.

Architecture, Mouvement, continuité 5

S. A. D. G. n° 165

25 - MOORE

Explorations in alternatives to hospitalization.

Am. J. Psych. 1962 119, p. 560

26 - QUERIDO

The shapping of community mental health case.

Brit. J. of Psy. 1968 vol. 114, n° 508, p. 293-302

27 - RACAMIER P. C.

Le psychanalyste sans divan.

Payot 1970

28 - RICHTER H. E.

Psychanalyse de la famille.

Médecine de France - 1971 -

29 - WOODBURY

Rapport sur le service d'urgence d'hospitalisation à domicile.

Congrès annuel de l'AM. Psy. Asso. Boston 16 mai 1968

